

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kemiskinan merupakan masalah yang selalu ada pada setiap Negara, meskipun zaman telah memasuki era globalisasi namun tidak dapat dipungkiri masalah kemiskinan selalu menjadi penghambat kemajuan tiap-tiap negara. Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di negara-negara berkembang saja bahkan di negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan. Kemiskinan tetap menjadi masalah yang rumit, walaupun fakta menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan di Negara berkembang jauh lebih besar dibanding dengan negara maju. Hal ini dikarenakan negara berkembang pada umumnya masih mengalami persoalan keterbelakangan hampir di segala bidang, seperti teknologi, kurangnya akses-akses ke sektor ekonomi, dan lain sebagainya.

Sejak awal kemerdekaan bangsa Indonesia telah mempunyai perhatian besar terhadap terciptanya masyarakat adil dan makmur, sebagaimana termuat dalam alinea ke empat Undang-Undang Dasar 1945. Program-program yang dilaksanakan selama ini juga selalu memberikan perhatian besar pada upaya pengentasan kemiskinan, karena pada dasarnya pembangunan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat. Meskipun demikian, masalah kemiskinan sampai saat ini terus menerus menjadi masalah yang berkepanjangan. Untuk mengurangi dampak-dampak

kemiskinan, ada beberapa program-program pengentasan kemiskinan yang dilakukan Pemerintah yaitu: (1). Program Impres Desa Tertinggal yaitu suatu program yang dilakukan dengan cara memberi bantuan kepada masyarakat miskin yang tidak memiliki modal awal untuk mengembangkan usaha yang berlokasi di desa tertinggal, (2). Program Taksra dan Kukesra yaitu program yang diberikan kepada masyarakat miskin yang tidak berlokasi di desa tertinggal, bantuan yang diberikan sifatnya hanya merangsang masyarakat miskin untuk menabung dan selanjutnya melakukan usaha, bantuan yang diberikanpun berupa tabungan dan pinjaman., (3) Program Jaringan Pengaman Sosial yaitu program yang dilakukan dalam rangka menyelamatkan rakyat dari deraan krisis, sifatnya darurat dan mempunyai tujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan, menciptakan lapangan pekerjaan, mengembangkan usaha kecil dan menengah, dan melindungi sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan dan pendidikan.¹

Pemenuhan hak dasar khususnya pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan yang diluncurkan oleh Pemerintah yang tercakup dalam strategi nasional penanggulangan kemiskinan. Saat ini keluarga miskin menjadi sasaran program kesehatan yang utama, apalagi dengan keadaan ekonomi yang memburuk jumlah keluarga miskin atau kurang mampu makin meningkat. Keadaan tersebut ternyata juga mengakibatkan

¹ Subianto, 2010. *Sistem Jaminan Sosial Nasional Pilar Penangga Kemandirian Perekonomian Bangsa*, Jakarta: Gibon Books, hal. 64.

penurunan frekuensi konsumsi pangan, barang dan jasa termasuk di dalamnya kesehatan.

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Tetapi kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.

Namun demikian masih ditemukan beberapa permasalahan yang perlu memperoleh perhatian segera, yaitu pendataan sasaran yang belum tuntas, peran ganda penyelenggara sebagai pengelola dan pembayar, RS belum melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya, verifikasi tidak berjalan secara optimal, dana paket pelayanan belum memadai dan penyelenggaraan yang tidak menanggung resiko. Saat ini Departemen Kesehatan telah berusaha untuk memperbaiki dalam penyelenggaraan/pelayanan kesehatan bagi

masyarakat miskin dengan ditetapkannya verifikator PPK dan verifikator Pusat. Program ini diharapkan akan meningkatkan akses atau pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dilaksanakan sejak tahun 2005 telah memberikan pencapaian yang bermakna, antara lain terjadinya peningkatan cakupan atau akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun.² Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan.

Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah. Untuk

² BPS, 2007. *Angka Kematian Ibu dan Anak*. Jakarta: BPS Nasional, hal. 34.

menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan

peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran. Berdasarkan perubahan-perubahan kebijakan pelaksanaan Tahun 2008, perlu di terbitkan Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS Tahun 2008. Pedoman ini memberikan petunjuk secara umum kepada semua pihak terkait dalam mekanisme pelaksanaan Program JAMKESMAS tahun 2008. Untuk pengaturan lebih teknis maka diterbitkan beberapa Petunjuk Teknis, dan pengembangan secara bertahap Sistem Informasi Manajemen yang berbasis teknologi informasi.³

Sebagai mana yang di atur dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan No 125/menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 tentang pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat. Pada prinsipnya pelayanan kesehatan masarakat khususnya di daerah kota atau kabupaten telah di atur dalam kepmen (keputusan menteri) kesehatan republik Indonesia nomor: 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang standart pelayanan minimal bidang

³ <http://www.depkes.go.id/downloads/Rembang%20JPKM%202004.PDF>. Diakses jam 11.30 WIB, tanggal 6 September 2011.

kesehatan di kabupaten atau kota yakni disebutkan dalam Bab II pasal 2 ayat 1 yang berbunyi: “kabupaten atau kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimal.

Pasal 2 ayat 2 huruf z yang berbunyi “standart pelayanan minimal sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta kinerja dan target tahun 2010: yakni penyelenggara pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan, cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan.⁴

Dengan demikian untuk menuju sasaran program jaminan kesehatan masyarakat yang sesuai dengan pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat adapun kriteria-kriteria keluarga miskin adalah sebagai berikut:

1. Tidak mampu makan 2x sehari
2. Apabila sakit tidak mampu bayar pengobatan
3. Luas lantai rumah terbuat dari tanah 7 m² per kapita
4. Tidak mampu membiayai sekolah dasar
5. Pendapatan RP 75.000,- perkapita
6. Mempunyai KTP dan KK.

Dalam rangka untuk memperbaiki pelayanan kesehatan masyarakat agar tercapai peningkatan pelayanan dalam bidang kesehatan dan ketepatan sasaran secara optimal sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam ketentuan pasal 19 ayat 2 UU No 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan nasional yang

⁴ Undang-undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Nasional.

berbunyi bahwa "jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan."⁵

Sebagaimana yang di atur oleh undang-undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan yakni dalam pasal, 74 ayat 1, 2, 3, 4, 5. yakni agar jaminan kesehatan dapat di rasakan masarakat sebagai wujud perlindungan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang disertai peningkatan mutu profesi tenaga medis sehingga kemudahan pelayanan kesehatan akan tercapai.

Dengan keluarnya kedua UU ini berarti dimulailah sistem baru pemerintahan di Indonesia bergerak kearah desentralisasi, termasuk di sektor pelayanan kesehatan. Sebagai konsekwensi dari sistem baru ini, daerah mulai diberi kesempatan untuk mengatur dirinya sendiri secara lebih luas akibat pengaruh kondisi yang terjadi, yaitu lamanya daerah menunggu proses pengambilan keputusan yang berbelit dan sarat KKN oleh pemerintah pusat, inisiatif daerah kurang berkembang karena semua diatur oleh pusat, dan ketidakpuasan daerah karena aspirasi mereka tidak sampai pemerintah pusat. Akhirnya, pemerintah memutuskan untuk mengeluarkan UU No 32 Tahun 2004 tentang pemerintah daerah dan UU No 33 tahun 2004 tentang perimbangan keuangan antara pusat dan keuangan antar pusat dan daerah.

Peraturan perundang-undangan ini dijadikan dasar adanya pelayanan kesehatan yang dikelola oleh pemerintah daerah yang merupakan perwujudan bentuk upaya pemerintah pusat menyerahkan salah satu kewenanganya dalam

⁵ *Ibid.*

bidang kesehatan, salah satu pemerintah daerah yang memberikan pelayanan kesehatan adalah pemerintah daerah Kota Salatiga.

Kota Salatiga terletak di tengah-tengah wilayah Kabupaten Semarang berjarak + 47 Km dari Ibukota Provinsi Jawa Tengah yakni kota Semarang ke arah selatan. Secara geografis, kota Salatiga terletak antara $110^{\circ}. 27'.56,81''$ - $110^{\circ}. 32'.4,64''$ Bujur Timur dan $110^{\circ}. 17' - 007^{\circ}. 17'.23''$ Lintang Selatan. Luas wilayah kota Salatiga sebesar 5.678,110 hektar atau 56,781 km², yang secara administrasi terbagi dalam 4 kecamatan dan 22 kelurahan. Jumlah penduduk pada tahun 2010 berjumlah 174.421 jiwa.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang pemerintahan Daerah pada pasal 14 huruf e yang menyatakan bahwa pemerintah Kabupaten/Kota memiliki urusan wajib dalam penanganan bidang kesehatan. Berdasarkan norma hukum tersebut Pemerintah Kota Salatiga mendapatkan pelimpahan kewenangan dalam hal penyelenggaraan kesehatan yang disertai dengan desentralisasi fiskal untuk membiayai pelaksanaannya. Pelimpahan beberapa urusan wajib tersebut berimplikasi pada penyelenggaraan kesehatan daerah, dimana daerah harus turut serta menyukseskan tujuan dan sasaran nasional sesuai dengan kewenangan dan urusan yang telah diberikan.

Berdasarkan latar belakang diatas penulis mengambil judul penelitian tentang “MODEL PERDA JAMKESDA (JAMINAN KESEHATAN DAERAH) DARI PERSPEKTIF MASYARAKAT PEMEGANG HAK JAMKESDA DI KOTA SALATIGA”.

B. Pembatasan Masalah

Agar penelitian ini dapat berjalan secara terarah dalam hubungannya dengan pembahasan masalah, maka diperlukan pembatasan masalah yang akan diteliti. Pembatasan ini bertujuan kemungkinan pembahasan yang menyimpang dan meluas dari pokok permasalahan yang akan diteliti. Pembatasan masalah antara lain:

1. Pembatasan wilayah penelitian ini hanya terbatas pada pemegang hak Jamkesda di Kota Salatiga.
2. Obyek penelitian dalam penelitian ini yaitu model mekanisme/pola pelayanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda di kota Salatiga.
3. Penyusunan model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang tepat di Kota Salatiga.

C. Perumusan Masalah

Memperhatikan hal-hal tersebut di atas maka penulis akan meneliti permasalahan berkaitan dengan hal sebagai berikut:

1. Bagaimanakah model mekanisme/pola pelayanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda di kota Salatiga ?
2. Problematika dan faktor-faktor apa yang memengaruhi model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak di kota Salatiga?

3. Bagaimanakah model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang tepat di Kota Salatiga ?

D. Tujuan Penelitian

Secara keseluruhan penelitian ini mempunyai tujuan untuk :

1. Untuk mengetahui model mekanisme/pola pelayanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda di kota Salatiga.
2. Untuk mengetahui problematika dan faktor-faktor yang memengaruhi model perda Jamkesda dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda di Kota Salatiga
3. Untuk mengetahui model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang tepat di Kota Salatiga.

E. Manfaat Penelitian

Berdasarkan penelitian ini diharapkan dapat diambil manfaatnya baik bagi penulis sendiri maupun bagi pihak lain manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis
 - a. Menambah pustaka di bidang ilmu hukum khususnya dalam sistem jaminan kesehatan masyarakat.
 - b. Dapat memberikan bahan dan masukan serta referensi bagi penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

- a. Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai masukan kepada pihak-pihak atau instansi-instansi yang terkait dalam program jaminan kesehatan masyarakat.
- b. Memberikan informasi yang jelas kepada para pembaca dan masyarakat pada umumnya tentang pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat di Kota Salatiga.

F. Kerangka Pemikiran

Untuk memperjelas kajian akademik dalam penelitian perlu dibuat kerangka pemikiran.

Istilah “hukum” mengandung pengertian yang luas yang meliputi semua peraturan atau ketentuan baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis yang mengatur kehidupan masyarakat dan menyediakan sanksi terhadap pelanggarnya. Hukum memiliki fungsi yang sangat penting dalam kehidupan dan perubahan masyarakat. Ada dua aspek yang menonjol dalam perubahan hukum dan perubahan masyarakat yaitu:

1. Sejauh mana perubahan masyarakat harus mendapatkan penyesuaian oleh hukum. Dengan lain perkataan, bagaimana hukum menyesuaikan diri dengan perubahan masyarakat. Ini menunjukkan sifat pasip dari hukum.
2. Sejauh mana hukum berperan untuk menggerakkan masyarakat menuju suatu perubahan yang terencana. Di sini hukum berperan aktif, dan inilah yang sering disebut sebagai fungsi hukum “*a tool of social engineering*” sebagai alat rekayasa masyarakat.⁶

⁶ Satjipto Rahardjo, 2000. *Ilmu Hukum*, Bandung: Alumni, hal. 24.

Dalam rangka menjalankan fungsi untuk sebagai “*a tool of social engineering*”, hukum sebagai sarana pembangunan, hukum itu menurut Michael Hager dapat mengabdikan pada 3 (tiga) sektor yaitu:⁷

1. Hukum sebagai alat penertib (*ordering*)

Dalam rangka penertiban ini hukum dapat menciptakan suatu kerangka bagi pengambilan keputusan politik dan pemecahan sengketa yang mungkin timbul melalui suatu hukum acara yang baik. Ia pun dapat meletakkan dasar hukum (*legitimacy*) bagi penggunaan kekuasaan.

2. Hukum sebagai alat penjaga keseimbangan (*balancing*).

Fungsi hukum dapat menjaga keseimbangan dan keharmonisan antara kepentingan negara/kepentingan umum dan kepentingan perorangan.

3. Hukum sebagai katalisator.

Sebagai katalisator hukum dapat membantu untuk memudahkan terjadinya proses perubahan melalui pembaharuan hukum (*Law Reform*) dengan bantuan tenaga kreatif di bidang profesi hukum.

Hukum merupakan suatu perbuatan manusia. Pernyataan bahwa hukum adalah tata perbuatan manusia, tidak berarti tata hukum hanya berkenaan dengan perbuatan manusia saja, bahwa tidak ada lain kecuali perbuatan manusia yang membentuk isi peraturan hukum. Setiap peraturan hukum mewajibkan manusia untuk melakukan suatu perbuatan tertentu di bawah kondisi-kondisi tertentu. Suatu peraturan hukum mungkin mewajibkan seseorang untuk memberikan pertolongan kepada tetangganya yang menjadi

⁷ *Ibid.*, 26.

korban bencana banjir. Banjir bukan perbuatan manusia, banjir adalah kondisi bagi suatu perbuatan manusia yang diharuskan oleh tata hukum.

Setiap hukum adalah suatu perintah.⁸ Perintah adalah suatu pernyataan kehendak dari seseorang individu yang objeknya adalah perbuatan dari seorang individu lainnya. Perintah disebabkan oleh bentuknya, berbeda dengan permintaan dari suatu permohonan yang sangat mendesak semata. Perintah adalah suatu pernyataan kehendak seseorang dalam bentuk imperatif bahwa seseorang yang lain harus berbuat menurut cara tertentu. Perintah adalah suatu norma hanya jika perintah ini mengikat individu terhadap siapa perintah ini ditujukan, hanya jika individu ini harus melakukan apa yang diharuskan oleh perintah tersebut.

Dengan demikian unsur paksaan yang penting bagi hukum berwujud bukan dalam paksaan psikis melainkan dalam fakta bahwa tindakan-tindakan paksaan tertentu, sebagai sanksi ditetapkan dalam kasus-kasus tertentu oleh peraturan-peraturan yang membentuk tata hukum.

Peraturan hukum adalah valid apabila norma hukum itu mengikat, bahwa orang yang berbuat sesuai dengan apa yang diharuskan oleh norma hukum, bahwa orang harus mematuhi dan menerapkan norma hukum. Efektivitas hukum berarti bahwa orang benar-benar berbuat sesuai dengan norma hukum sebagaimana mereka harus berbuat, bahwa norma itu benar-benar diterapkan dan dipatuhi.⁹

⁸ John Austin, *Lectures on Jurispreudence*, 1985, hal. 88

⁹ Hans Kelsen, 2007. *Teori Umum Hukum dan Negara*, Jakarta : BEE Media Indonesia, hal. 47-48.

Efektivitas adalah suatu kualitas perbuatan orang yang sesungguhnya dan bukan kualitas hukum itu sendiri. efektivitas tata hukum secara keseluruhan merupakan suatu kondisi, bukan landasan bagi validitas norma-norma bentukannya. Prinsip bahwa suatu tata hukum harus efektif agar valid dengan sendirinya merupakan suatu norma hukum positif. Ini adalah prinsip efektivitas yang dapat diadopsi dalam hukum nasional. Dengan demikian di dalam suatu tata hukum nasional validitas suatu norma dapat dibuat bergantung suatu efektivitasnya.

Adapun dalam pemenuhan hak dasar khususnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat, merupakan salah satu program pemerintah yang masuk di dalam program strategi nasional penanggulangan kemiskinan. Adapun dalam pelaksanaannya terdapat payung hukum atau regulasi yang mengatur di dalamnya diantaranya

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Tetapi kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan

mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.

Berkaitan dengan otonomi daerah di dalam pelaksanaannya di ataur di dalam undang-undang nomor 32 tahun 2004 sebagai dasar pemerintah daerah atau pemerintah kota dalam mengurus pemerintah sendiri termasuk dalam hal kesehatan di dalamnya hal ini menjadikan kewenangan pemerintah dalam membuat suatu regulasi atau payung hukum sendiri berdasarkan uu tentang legal drafting tentang pembentukan peraturan di bawah undang-undang yaitu di dalam uu no 10 tahun 2004 dan yang terbaru yaitu uu no 12 tahun 2011, mengingat keberadaan perda jamkesda di salatiga juga belum ada dan juga belum adanya perda tentang tatacara pembentukan Perda sesuai dengan uu no 12 tahun 2011, sehingga dalam pembentukannya ditentukan dengan aturan UU No.10 tahun 2004 tentang tatacara pembentukan peraturan dibawah undang-undang atau legal drafting yang lama atau sebelumnya.

G. Metode Penelitian

Dalam suatu penelitian, metode merupakan salah satu factor suatu permasalahan yang akan dibahas di mana metode penelitian merupakan cara utama yang bertujuan untuk mencapai tingkat ketelitian jumlah dan jenis yang akan dicapai. Sebagai suatu karya ilmiah penelitian ini mempunyai tujuan mengungkapkan kebenaran secara sistematis metodologis dan konsisten dalam

penelitian hukum. Suatu kegiatan ilmiah yang di dasarkan sistematika dan pemikiran tertentu dengan jalan menganalisisnya.

Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode non doktrinal karena dalam penelitian ini hukum tidak hanya di konsentrasikan sebagai kluruhan asas-asas dan kaidah yang mengatur kehidupan dalam masyarakat, melainkan meliputi pula lembaga-lembaga dan proses-proses yang mewujudkan berlakunya kaidah-kaidah itu dalam masyarakat. Sebagai perwujudan makna- makna simbolik dari perilaku sosial sebagaimana terdapat dan terlihat dalam aksi dan interaksi antar mereka. Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode penelitian sebagai berikut:

1. Jenis Penelitian

Sebelum penulis mengemukakan jenis penelitian yang akan digunakan, maka terlebih dahulu perlu diuraikan secara singkat mengenai metode. Metode menurut Setiyono (2004: 5) adalah alat untuk mencari jawaban adari suatu pemcahan masalah, oleh karena itu suatu metode atau alat harus jelas dahulu apa yang akan dicari. Di dalam penelitian hukum, metode yag digunakan tergantung pada konsep apa yang dimaksud tentang hukum itu. Oleh karena itu dengan berlandaskan pandangan Soetandyo Wigyosoebroto mengemukakan ada 5 konsep hukum yaitu: ¹⁰

- a. Hukum adalah asas kebenaran dan keadilan yang bersifat kodrati dan berlaku universal;

¹⁰ Wigyosoebroto, 1999. *Masalah Metodologi Penelitian Hukum Sehubungan dengan Masalah Keragaman Pendekatan Konseptualnya*, Makalah pada Pelatihan Metodologi Penelitian, Semarang: Fakultas Hukum UNDIP, hal. 30.

- b. Hukum adalah norma-norma positif di dalam sistem perundang-undangan hukum nasional;
- c. Hukum adalah apa yang diputuskan oleh hakim *inconcreto* dan tersistematiskan sebagai *judge made law*;
- d. Hukum adalah pola-pola perilaku sosial yang terlembaga eksis sebagai variabel empirik;
- e. Hukum adalah manifestasi makna-makna simbolik pada perilaku sosial sebagai tampak dalam interaksi antar mereka

Dalam penulisan tesis ini, penulis memakai konsep hukum ke – 4 yaitu pola-pola perilaku sosial yang terlembaga eksis sebagai variabel empiric. Disini hukum adalah pola-pola perilaku sosial yang terlembaga eksis sebagai variabel empiric secara aktual dan potensial akan terpola, sebagai realita sosial yang terjadi dalam alam pengalaman indrawi dan empiris. Sehingga penelitian yang mengkonsepkan hukum sebagai makna-makna simbolik atau perilaku sosial dapat disebut sebagai penelitian sosial (hukum), empiris, non doktrinal dengan pendekatan interaksional serta mempergunakan analisis data kualitatif

2. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan non doktrinal, dengan pendekatan yuridis sosiologis. Metode pendekatan yuridis sosiologis merupakan tata cara penelitian yang menghasilkan data

deskriptif, yaitu apa yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan dan perilaku nyata.¹¹

Penelitian ini dimaksudkan untuk memperoleh gambaran secara mendalam tentang model perda jamkesda dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif ini dianggap sesuai untuk mengkaji permasalahan dalam penelitian ini karena hal-hal yang diamati terkait langsung dengan permasalahan aktual yang diadapi saat ini.

Burhan Ashofa mendefinisikan metodologi kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif. Data tersebut berupa kata-kata yang tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar belakang individu secara holistik (utuh). Penelitian kualitatif pada hakekatnya ialah mengamati orang dalam hidupnya, berinteraksi dengan mereka, berusaha memahami bahasa dan tafsiran mereka tentang dunia sekitarnya.¹²

Dalam upaya menemukan fakta dan data secara ilmiah, maka peneliti menetapkan penelitian ini dengan menggunakan pendekatan kualitatif melalui studi kasus dengan pertimbangan bahwa tujuan studi kasus adalah untuk memberikan gambaran secara mendetail tentang latar belakang, sifat-sifat serta karakter-karakter yang khas dari kasus, ataupun status dari individu. Studi kasus digunakan untuk keperluan penelitian arah dan lainnya yang dapat digunakan dan diharapkan dapat ditemukan pola,

¹¹ Moleong, 2006. *Metode Penelitian Kualitatif, Edisi Revisi*, Bandung: PT. Remaja Rosda Karya, hal. 3.

¹² Ashofa, 2001. *Metode Penelitian Hukum*, Jakarta: Rineka Cipta, hal. 21-22.

kecenderungan, arah dan lainnya yang dapat digunakan untuk membuat perkiraan-perkiraan perkembangan masa depan.

3. Lokasi penelitian

Untuk mendapatkan data yang di perlukan, maka penelitian ini dilakukan di wilayah hukum kota Salatiga.

4. Metode Penentuan Subjek

Sumber data yang sangat penting dalam penelitian kualitatif adalah berupa manusia yang dalam posisi sebagai nara sumber atau informan.¹³ Cara ini dilakukan dengan menggunakan *snowball sampling*. *Snowbal sampling* digunakan dalam penelitian untuk mengumpulkan data yang berupa informasi dari informan dalam salah satu lokasi.¹⁴

5. Jenis Data

Jenis data yang digunakan oleh penulis dalam penelitian ini adalah data primer yang merupakan data yang menunjang, yang diperoleh dari hasil wawancara dengan beberapa responden serta data sekunder yang menunjang penelitian yang dilakukan penulis.

6. Sumber Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dari beberapa sumber. Data yang kemudian diharapkan dapat diperoleh di tempat penelitian maupun di luar penelitian adalah sebagai berikut:

¹³ Moleong, *Op.Cit.*, hal. 3.

¹⁴ *Ibid.*

7. Sumber Data Primer

Sumber data yang berupa keterangan-keterangan yang berasal dari pihak-pihak atau instansi-instansi yang terkait dengan obyek yang diteliti secara langsung, yang dimaksudkan untuk lebih memahami maksud, tujuan dan arti dari data sekunder yang ada. data primer ini diperoleh dari penelitian di lokasi yang dilaksanakan dan pembagian setiap pertanyaan kepada subyek penelitian. Adapun datanya diperoleh dari warga kota Salatiga yang dijadikan responden dalam penelitian.

8. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder sebagai pendukung data primer yang didapat melalui penelitian kepustakaan yaitu dengan membaca dan mempelajari berbagai literatur-literatur, peraturan perundang-undangan.dokumen-dokumen yang berkaitan dengan masalah yang dibahas dalam penelitian.

9. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang valid dan obyektif dalam penelitian ini, maka pengumpulan data yang dilakukan dengan cara:

a. Penelitian Lapangan (*Field Research*)

Penelitian lapangan yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk memperoleh data primer dengan cara terjun langsung ke lapangan.

Teknik pengambilan data yang dipakai dalam penelitian ini adalah:

1) Wawancara / Interview

Ada dua cara teknik wawancara, yaitu wawancara terstruktur dan wawancara tidak terstruktur yang disebut wawancara mendalam (*in-depth interviewing*).¹⁵ Dalam wawancara ini metode yang digunakan adalah metode campuran, dengan menggabungkan metode terpimpin (terstruktur), proses wawancara dengan pengembangan secara bebas sebanyak mungkin sesuai kebutuhan data. Metode wawancara ini dilakukan dalam rangka memperoleh data primer serta pendapat-pendapat dari beberapa staf DPRD Kota Selatiga sebagai informan.

2) Observasi/Pengamatan

Observasi adalah suatu teknik pengumpulan data dimana peneliti akan melakukan pengamatan terhadap kenyataan hukum dalam praktek di lokasi.

b. Penelitian Kepustakaan (*Library Research*)

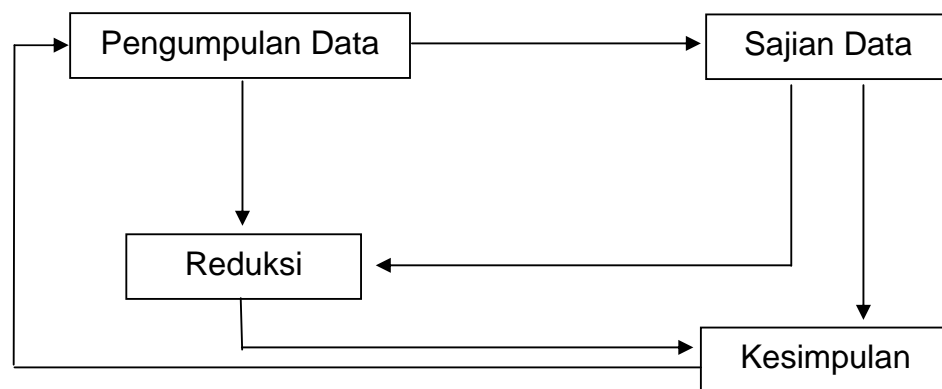
Penelitian kepustakaan yaitu penelitian yang dilakukan dengan menghimpun data dari berbagai literatur baik di perpustakaan maupun di tempat lain. Literatur yang digunakan tidak terbatas pada buku-buku tetapi juga bahan-bahan dokumentasi serta artikel-artikel yang berkaitan dengan permasalahan yang diteliti.

¹⁵ *Ibid.*, hal. 58.

10. Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data berdasarkan logika deduksi yaitu dengan memperhatikan penafsiran hukum yang dilakukan terhadap asas hukum di bidang pembuktian khususnya terhadap bahan hukum primer dan sekunder. Penelitian ini juga merupakan penelitian yang dilakukan secara mono-disipliner, artinya laporan penelitian ini hanya didasarkan pada satu disiplin ilmu, yaitu ilmu hukum. Data yang diperoleh disusun dalam bentuk pengumpulan data, kemudian reduksi data/pengolahan data, kemudian sajian data dan selanjutnya diambil kesimpulan/verifikasinya, dilakukan saling menjalin dengan proses pengumpulan data.

Bagan interactive model of analisis¹⁶



¹⁶ *Ibid.*, hal. 64.

H. Sistematika Tesis

Selanjutnya sebagai usaha untuk mempermudah penelaahan tulisan ilmiah yang berbentuk tesis, maka penulis membagi dalam 5 (empat) bab, yang terdiri dari:

Bab I Pendahuluan, membahas tentang: Latar Belakang Masalah, Pembatasan Masalah, Perumusan Masalah, Tujuan Penelitian, Manfaat Penelitian, Metodologi Penelitian, dan Sistematika Tesis.

BAB II Kajian Teori, membahas tentang: Teori Efektivitas Hukum, Tinjauan Umum Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial, Tinjauan Umum tentang Jamkesmas, Pengembangan Jaminan Kesehatan Daerah, Implementasi Kebijakan, dan Penelitian yang Relevan.

BaB III Gambaran Umum Kota Salatiga, membahas tentang: monografi kota salatiga, perkembangan kota salatiga, Jamkesmas Kota Salatiga, Visi dan Misi Kota Salatiga.

Bab IV Hasil Penelitian dan Pembahasan, membahas tentang: Hasil Penelitian, meliputi: Kedudukan, Fungsi, Hierarki Peraturan Daerah, Aspek Pembentukan Perda, Landasan dan Asas Pembentukan Perda, Aksesibilitas Publik Dalam Proses Penyusunan Peraturan Daerah, Parameter Prinsip HAM, Kesetaraan Jender, dan Pembangunan Berkelanjutan Berbasis Tata Kelola Pemerintahan yang baik (*Good Sustainable Development Governance*) Dalam Penyusunan Peraturan Daerah. Pembahasan, meliputi: Model mekanisme/pola pelayanan kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak Jamkesda di kota Salatiga,

Problematika dan faktor-faktor yang memengaruhi model, Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dilihat dari perspektif masyarakat sebagai pemegang hak di kota Salatiga, Model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di kota Salatiga Dibanding dengan Kota lain, Model Perda Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang tepat di Kota Salatiga.

Bab V Penutup, membahas tentang: Kesimpulan akhir dari penulisan tesis dan Saran-saran yang disampaikan oleh penulis dengan harapan dapat memberikan masukan bagi pemerintah Kota Salatiga dan pihak-pihak yang berkepentingan.

Pada bagian akhir skripsi ini penulis mencatumkan daftar pustaka yang dijadikan acuan penulisan tesis serta lampiran-lampiran pendukung penulisan tesis.